

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 673

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice HERVO

Né le 27 juin 1913, à Paris (Seine).

Les Réactions Articulaires au cours des Infections recto-coliques subaiguës et chroniques

(en particulier maladie de Nicolas-Favre et recto colite suppurée et hémorragique)

Essai d'interprétation pathogénique

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice HERVO

Né le 27 juin 1913, à Paris (Seine).

Les Réactions Articulaires au cours des Infections recto-coliques subaiguës et chroniques

(en particulier maladie de Nicolas-Favre et recto-colite suppurée et hémorragique)

Essai d'interprétation pathogénique

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

MM.	ROUVIERE.
Anatomie	Léon BINET.
Physiologie	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.
Chimie médicale	Robert DEBRE.
Bactériologie	BRUMPT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	ABRAMI.
Pathologie médicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	LEROUX.
Anatomie pathologique	CHAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	HARVIER.
Thérapeutique	TANON.
Hygiène et médecine préventive	BALTHAZARD.
Médecine légale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale et comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lre} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCQ.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552417_0036

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAMBLING

Médecin des Hôpitaux.

*Qui nous a suggéré ce travail et dont
les conseils nous ont été précieux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUMAS

Professeur à l'Institut Pasteur.

En témoignage de notre reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGUET DE GIRAC

Chirurgien de l'Hôpital de Montmorency.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CRESSON

Chirurgien Chef de l'Hôpital de Montmorency.

A MES AMIS

MM. PAUL BREGOU, MAURICE DUCHESNE

ET LÉON LE BARZIC

A MES COLLÈGUES

MM. H. FENICHEL, J. GOUREVITCH, P. DUMERY,
J. LUCCHINI, P. ADER ET R. CAITUCOLI

INTRODUCTION

En matière de proctologie les lésions chroniques les plus diverses peuvent être observées. Leur siège, leur évolution et leur aspect permettent cependant de les ramener à quelques entités nosologiques bien définies. L'examen clinique, les réactions biologiques et le laboratoire venant à l'appui, montre que les trois affections le plus souvent diagnostiquées sont : la maladie de Nicolas Favre, l'amibiase et la rectocolite hémorragique. Les autres affections qui jadis étaient mises en cause ont perdu du terrain. Avec ces trois maladies, c'est la plus grande part des rectites que l'on envisage.

Elles se révèlent dissemblables par bien des points, en particulier par leur étiologie, leur évolution et leur traitement. Mais elles peuvent donner chez les sujets qu'elles atteignent, des manifestations articulaires, en général hydarthrosiques, qui sont similaires dans leur aspect clinique.

A la faveur des observations déjà parues sur le rhumatisme amibien, il semble intéressant de les rassembler et de les examiner sous un même angle.

En étudiant la littérature on s'aperçoit que bon nombre d'auteurs ont observé cette coïncidence, mais bien souvent sans y attacher trop d'importance.

D'autres au contraire ont fait un rapport immédiat entre la rectite et le synovite et considèrent celle-ci comme une manifestation spécifique de l'affection en cause. Mais en relisant les observations publiées et celles que nous avons pu recueillir dans le service du D^r A. LAMBLING, il semble qu'il faut y voir autre chose que la simple localisation d'une affection déterminée. Si on étudie de près ces arthrites, on découvre entre elles une analogie remarquable, si bien qu'il vient à l'esprit de les synthétiser et de les supposer dues à une même cause. C'est cette dernière que nous essaierons d'établir dans ce qui suit.

Nous remercions vivement M. le D^r A. LAMBLING de nous avoir confié ce travail et nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

C'est uniquement dans la littérature de ces dernières années que l'on trouve rapportées les manifestations articulaires qui font l'objet de cette thèse. Mais cependant depuis longtemps les relations entre la pathologie du tube digestif et celle des articulations ont retenu l'attention des auteurs. Le terme d'arthritisme qui englobait un ensemble de manifestations disparates comprenait aussi bien les troubles digestifs chroniques, que les migraines, les arthralgies, les névrites, etc... On parlait alors de dyscrasie sanguine due à un trouble de l'élimination des déchets de l'organisme.

Les vieux termes de « rhumatisme pharyngien », d'« entérite rhumatismale », ou « rhumatisme des intestins de STOLL » sont des exemples de localisation qui n'ont plus cours maintenant. Il semble que, à la lumière des travaux actuels, ces auteurs en aient pris la cause pour la conséquence.

TROUSSEAU parle dans ses cliniques de rhumatisme survenant au cours de certaines dysenteries et disparaissant avec elles.

BOUCHARD vers 1880 voyait dans la présence de nodosités siégeant au niveau des articulations phalan-

gophalangiennes, associées à une déviation de l'axe du doigt, la traduction d'une dilatation de l'estomac. Ces déformations articulaires semblables à celles décrites par HEBERDEN, ont perdu leur importance avec le temps.

BESNIER décrit dans son chapitre du rhumatisme chronique « abarticulaire » toute une série de manifestations digestives qui relèvent pour lui de la même diathèse : pharyngite granuleuse, dysphagie œsophagienne, dyspepsie flatulente, ainsi que « les entéralgies avec ou sans flux diarrhéique ».

En 1895 paraissent les travaux de GILBERT et FOURNIER et de GILBERT et LEREBOULET sur le rhumatisme biliaire. Cette localisation articulaire créée par des troubles des voies biliaires, se manifeste par des phénomènes de synovite, sans léser ni les os, ni les cartilages. Elle peut revêtir la forme sèche ou hydarthrosique, et son évolution suit celle de l'affection hépato-biliaire.

Nous arrivons ensuite à la théorie focale venue d'Amérique, reprise par les anglais. Séduisante par les déductions thérapeutiques qui devaient en découler, elle n'a pas donné les résultats que l'on espérait.

Nous citerons enfin l'auto-observation de HEITZ BOYER qui rapporte un cas de syndrome entéro-rénal avec arthropathie chronique, cette dernière suivant la marche de l'infection rénale.

Bien d'autres causes digestives d'arthropathie chronique ont été signalées depuis que l'exploration du tube digestif a pris une importance considérable (GRAHAM FLETCHER).

Nous rapportons une nouvelle étiologie de phénomènes articulaires qui pourra être versée dans le débat. Mais cet aperçu rapide des différentes étiologies qui ont été proposées tout à tour laisse déjà supposer la complexité de ce problème. Aussi allons-nous soumettre celle que nous proposons à une juste critique.

Avant d'en terminer avec l'histoire, nous dirons quelques mots à propos de la classification actuelle des arthropathies.

Depuis que BOULLAUD a décrit la maladie qui porte son nom il est resté classique de dénommer rhumatisme toute affection articulaire qui ne présente pas le caractère d'une arthrite purulente. Les travaux de BOULLAUD faisaient si bien force de loi, que lorsque la distinction se fit entre le rhumatisme articulaire aigu et les arthrites survenant au cours des maladies infectieuses, on donna à ces dernières le nom de pseudo-rhumatisme.

Ce terme de rhumatisme s'applique également aux affections chroniques des articulations et MARINESCO distingue les variétés suivantes :

- rhumatisme chronique déformant,
- rhumatisme chronique d'infection,
- rhumatisme chronique dyscrasique, toxique ou goutteux.

COSTE et LACAPÈRE pour remédier aux confusions regrettables qui se produisaient dans bien des cas avec cette terminologie, ont proposé en 1931, une classification basée sur les caractères cliniques et anatomo-pathologiques. Ils les groupent en deux classes :

1° les arthrites inflammatoires ou Arthrites vraies.

2° les ostéo-arthropathies dystrophiques ou Arthroses.

Les Arthrites vraies sont caractérisées par l'atteinte de la synoviale se traduisant par une réaction liquidienne et un épanchement dans la cavité articulaire. Ce liquide peut être en quantité variable, mais sa composition et sa cytologie sont remarquablement constantes quelle que soit la nature de l'affection déterminante.

« Ces arthro-synovites sont fluxionnaires et en général sujettes à des poussées évolutives accompagnées de fièvre légère (37°5-38°) avec chaleur et parfois rougeur locales » (COSTE et LACAPÈRE). Ces auteurs précisent encore que l'évolution se fait vers la guérison spontanée ou vers l'ankylose progressive.

Les Arthroses sont caractérisées par des altérations profondes ostéo-cartilagineuses pouvant aller jusqu'à la disparition des contours articulaires. Les déformations de l'article sont progressives et aboutissent à l'ankylose. Ces lésions apparaissent au point de vue radiographique sous la forme de décalcifications, de flou de l'interligne et de néoformations osseuses ou cartilagineuses.

LES FAITS CLINIQUES

Nous avons recueilli dans le service du D^r A. LAMBLING les observations qui suivent. Elles concernent la maladie de Nicolas Favre et la recto-colite hémorragique.

MALADIE DE NICOLAS FAVRE ET SES COMPLICATIONS ARTICULAIRES

Bien que cette affection soit une des plus récemment étudiée, elle compte à son actif la plus grande partie des rectites chroniques.

Dans ce chapitre, nous avons relevé cinq observations de malades dont la rectite lymphogranulomateuse s'est compliquée de réactions articulaires. Mais il est bon croyons-nous de préciser l'individualité clinique de cette affection rectale avant d'en indiquer les manifestations articulaires.

Parmi les différentes localisations de cette affection, on connaît actuellement : les bubons inguinaux fistulisés, les fistules et abcès périanaux, enfin les rectites et les rétrécissements inflammatoires du rectum. Ces deux dernières localisations sont les plus importantes quant à leur fréquence et à leur gravité

relative qui sans être vitale fait de ces malades de grands infirmes.

Souvent la lésion rectale est assez ancienne, elle se manifeste par des émissions de sang et de pus avec les selles qui au début n'inquiètent pas le malade. Mais leur persistance et leur apparition entre les selles le forcent bientôt à consulter. Parfois c'est la difficulté d'aller à la garde-robe qui amène le patient à se faire examiner.

Chez tous ces sujets le diagnostic de rectite et de rétrécissement du rectum s'impose rapidement. Pour les rectites différents types de lésions peuvent être constatés. La rectoscopie et le toucher rectal permettent de reconnaître « les types cliniques les plus variés (congestive, érosive, ulcéreuse, finement granuleuse, sans infiltration, etc....) et elles présentent ainsi toute la gamme des lésions inflammatoires dont le rectum peut être le siège » (R. BENSAUDE et A. LAMBLING).

Par contre les sténoses inflammatoires se révèlent assez constantes dans leur aspect, leur situation et leur évolution.

L'examen clinique complet permet de reconnaître chez ces malades, qui appartiennent à une catégorie spéciale de la société, les stigmates de différentes affections vénériennes. Les examens sérologiques et les tests biologiques aident à dépister indépendamment de la lymphogranulomatose, la syphilis, la blennorragie et l'affection chancreuse.

MM. R. BENSAUDE et A. LAMBLING ont rapporté

l'étude clinique de 185 observations personnelles de rectites présténosantes et de rétrécissements inflammatoires du rectum dont ils discutent l'étiologie. Nous ne voulons pas reprendre ici toutes les considérations qui ont amené ces auteurs à affirmer la nature lymphogranulomateuse de la plupart des rectites, mais nous citerons cependant quelques chiffres.

Nous empruntons toujours aux mêmes auteurs le tableau récapitulatif suivant :

— gonoréaction (27 sur 90 cas)	30 %
— syphilis clinique et sérologique 85/129.	66 %
— dmelcos intradermo (18 sur 143 cas) ..	12 %
— Frei (126 sur 143)	88 %

Si ces quelques précisions font immédiatement ressortir la complexité des malades que nous étudions, il nous sera néanmoins facile d'apporter la preuve que ces sujets sont porteurs d'une rectite lymphogranulomateuse. L'évolution très longue de l'affection, l'apparition de fistules ou d'abcès périanaux et la présence assez fréquente de cicatrices inguinales, sont des signes désormais classiques qui suffiraient à orienter le diagnostic vers la maladie de Nicolas Favre. Mais la confirmation se trouve réalisée par une réaction de Frei positive pratiquée chez ces malades avec des antigènes éprouvés.

Ayant établi la nature de la rectite nous allons voir quelles réactions articulaires elle peut donner. Nous avons défini par ailleurs les différentes arthropathies chroniques que l'on pouvait observer et nous

allons reprendre la classification telle que la donne COSTE et LACAPÈRE.

ARTHRITES VRAIES

OBSERVATION I.

Madame D..., 32 ans, depuis l'année 1930 avait remarqué la présence de pus dans ses selles. Elle ne s'en inquiète pas jusqu'en 1932, époque à laquelle elle a des difficultés pour aller à la selle. Elle est hospitalisée à ce moment. Elle présente une rectite et un rétrécissement du rectum dont l'origine lymphogranulomateuse est confirmée par une réaction de Frei positive à deux reprises.

Elle a souffert de douleurs fugaces dans l'épaule droite, le coude et le genou droits. Ces manifestations étaient peu intenses. A la fin de 1932, début brutal d'une algie dans le genou droit s'accompagnant d'une élévation thermique à 38°. Impotence fonctionnelle, rougeur et hydarthrose. Sans traitement, par le seul repos, les douleurs cèdent, mais le genou reste toujours gros. Elle fait ainsi plusieurs poussées d'hydarthrose qui apparaissent toujours avec le même cortège de symptômes que la première, sans que la malade note une relation entre son état rectal et ses arthralgies, sauf cependant une diminution de la fréquence des émissions de pus par l'anus au moment des poussées articulaires.

Vers la fin de 1936, au lieu de récupérer comme toujours le libre jeu de son articulation entre chaque crise, son genou reste légèrement gonflé et surtout douloureux.

En Janvier 1937 on lui fait un anus artificiel, ce qui amène une légère amélioration au point de vue rectal, mais qui n'influe pas sur le genou, au contraire, il devient de plus en plus douloureux.

En Novembre 1937, la malade est presque impotente, ne

quittant plus son lit. C'est à ce moment qu'on pratique une amputation du rectum. Dès lors les phénomènes articulaires cessent très rapidement, à tel point qu'au quinzième jour de l'intervention, Mme D... se lève et marche ensuite très facilement. Au début, son genou est resté un peu raide, mais depuis elle n'en a jamais souffert.

Nous la revoyons en Avril 1939 avec un état général satisfaisant, sa rectite considérablement améliorée et un genou en bon état. Cependant sa synoviale reste épaissie, il existe un effacement des méplats articulaires.

En résumé, l'histoire de cette malade est simple. Ce qui frappe c'est l'acuité de la lésion articulaire à la période précédant la seconde intervention. Dans les antécédents de cette femme on ne trouve rien qui puisse expliquer son arthrite. On ne saurait incriminer la syphilis dont elle ne présente aucun stigmate clinique ou sérologique. Des radiographies pratiquées à plusieurs reprises n'ont jamais révélé d'atteinte ostéocartilagineuse.

Il paraît logique de rattacher son arthropathie à son affection rectale. Le résultat de l'intervention en est la meilleure confirmation, puisque quelques jours après la suppression du foyer de rectite, elle fut complètement et définitivement guérie.

Voici une autre observation :

OBSERVATION II.

Monsieur C..., 42 ans.

Le début de l'affection remonte à 1925; à cette date le malade note la présence de pus et de sang dans les selles. Un traitement banal amène une rémission de 1 an 1/2 pen-

dant laquelle le malade est pratiquement guéri.

Au début de 1927, nouvel écoulement rectal. On porte le diagnostic de fistule et on pratique une intervention curatrice. Pas d'amélioration, au contraire, l'écoulement est plus abondant et presque constant.

En 1933, il consulte dans le service du D^r BENSAUDE où différents examens sont pratiqués : Frei positif, intradermo au dmelcos négative, B. W. ++. On pose le diagnostic de rectite due à une maladie de Nicolas Favre. Un traitement actif est entrepris, son état général s'améliore, mais sa rectite n'est pas guérie.

En 1935, de Mai à Juin, il reçoit des injections d'un composé d'antimoine, que l'on arrête à cause des arthralgies qu'il provoque.

Jusqu'en 1938, cet homme était parfaitement valide et ne s'était jamais plaint de douleurs dans les articulations, sauf les précédentes, le 30 mars survient la première manifestation articulaire. Etant resté deux jours sans se présenter à la garde-robe il est pris assez brutalement, le matin, d'une douleur vive dans le genou gauche qui rend la marche pénible jusqu'au soir où la douleur l'oblige à se mettre au lit. Sa température est à 38° (normalement il est apyrétique). Le genou présente tous les signes d'une arthrosynovite aiguë : douleur spontanée et à la pression, gonflement et rougeur.

Le lendemain, la température est à 39°, un médecin le voit et constate la présence d'un épanchement synovial assez important avec choc rotulien et distension de l'article.

Un traitement salycilé intense est instauré, mais aucune sédation n'est enregistrée. Deux jours après, le malade va à la selle, alors la température baisse, les douleurs s'atténuent et disparaissent le lendemain. Le genou tout en restant encore gros diminue progressivement de volume, le malade commence à marcher, quelques jours après, tout en conservant un épanchement synovial. Il vient consulter à ce moment dans le service où l'on pratique une ponction de l'articulation. Le liquide recueilli est clair, séro-fibrineux, soumis à l'analyse il donne les résultats suivants :

Présence de cellules endothéliales, lymphocytes polymorphes.

Une intradermo-réaction pratiquée avec un antigène préparé avec ce liquide est négative.

Bientôt tout rentre dans l'ordre, l'arthrite n'est plus qu'un mauvais souvenir pour M. C... Mais deux mois après la crise précédente, le 19 mai 1938, le malade étant constipé depuis 3 jours, il y a reprise des mêmes symptômes, la température monte à 38°8 et l'hydarthrose reparait. Le simple repos suffit à calmer les douleurs. On a refait une ponction, le liquide présente les mêmes caractères macroscopiques. Maintenant, le malade est prévenu et chaque fois qu'il reste plus de deux jours sans aller à la selle, la synoviale de son genou réagit, aussi prend-il grand soin d'y aller régulièrement.

Quand nous le revoyons, en Avril 1939, le genou ne présente rien d'anormal : pas de choc rotulien, pas de limitation des mouvements d'extension et de flexion de la jambe, pas de point douloureux, le cul-de-sac synovial est épaissi.

Ce malade présentait en 1926, un B. W. ++. Il est suivi par ailleurs pour cette spécificité qui est actuellement négative. Il a été en outre pratiqué d'autres examens.

Le 14-11-33 : Vernes résorcine	36
Vernes péréthynol	0
Le 6-3-34 : Vernes résorcine	48
Vernes péréthynol	0

OBSERVATION III.

Monsieur K..., 36 ans. Ce malade présente un passé vénérien bien chargé. Avant qu'il ne vienne consulter pour sa rectite, il avait contracté la syphilis pour laquelle fut institué un traitement énergique assez régulier, et une blennorragie également bien soignée dont il ne présente aucune séquelle actuellement, sauf une gonoréaction très faiblement positive. Ayant vu plusieurs médecins pour un écoulement rectal, sans résultat appréciable, il vient consulter dans le service où l'on porte le diagnostic de rectite et de rétrécissement du rectum lymphogranulomateux. La réaction de Frei positive (+ +).

Le traitement habituel est instauré. Ce malade conserve son affection rectale, améliorée, et nous allons voir que parallèlement des manifestations articulaires sont survenues et passées à l'état chronique.

Le début de ces dernières s'établit au mois de Juin 1936. Jusque-là indemne de toute arthropathie, M. K... remarque un matin en se levant une légère raideur dans le genou gauche avec impossibilité d'étendre la jambe. Bientôt la marche est impossible. Le lendemain, le genou est douloureux, tuméfié et présente une hydarthrose assez considérable. Un médecin en ville le met au salicylate de soude qui, pas plus que les pointes de feu et le baume salicylé ne donne de résultat. La température est à 38°2, l'état général bien conservé.

Un repos de 10 jours amène la résorption de l'épanchement et la sédation des douleurs; le malade remarque ne gardant qu'une faible gêne dans l'articulation. Mais 15 jours après l'autre genou est le siège des mêmes phénomènes douloureux avec légère ascension thermique à 38°3 et hydarthrose. Le début s'est fait brutalement sans gêne articulaire prémonitoire comme lors de la poussée précédente, par le repos tout rentre dans l'ordre et l'épanchement disparaît.

Le malade fait ainsi des hydarthroses douloureuses à répétition. Bien qu'il ait un B. W. négatif, il est soumis à un traitement mercuriel à cause de ses antécédents. Pendant un an et demi il ne se produit aucune réaction articulaire. On croyait avoir trouvé l'origine et le traitement de son hydarthrose récidivante. Mais malgré le traitement, les crises reparaissent brusquement au mois de Mai, Août et Novembre 1938. Tour à tour chacun des genoux est pris avec les mêmes symptômes : élévation thermique, douleur, hydarthrose, guérison spontanée par le repos.

En Janvier 1939, un épisode pulmonaire aigu immobilise le malade. Pendant la convalescence au cours de laquelle il recevait une série d'injection de cyanure de mercure, il fait une nouvelle poussée articulaire toujours identique aux précédentes.

C'est à cette période, 19 avril 1939, que nous revoyons M. K... On ne trouve absolument aucun signe d'atteinte arti-

culaire, sauf quelques craquements discrets dans les deux genoux; pas d'hydarthrose, pas de point douloureux osseux, les mouvements de l'article ne sont pas diminués. Des radiographies pratiquées pendant la poussée d'hydarthrose et en dehors d'elle n'ont jamais rien révélé d'anormal.

Une ponction de la synoviale a été pratiquée le 10-10-36. Le liquide présentait les caractères suivants :

— *Sérofibrineux.*

— <i>Cellules endothéliales</i>	4 %
— <i>Monocytes</i>	6 %
— <i>Lymphocytes</i>	60 %
— <i>Polynucléaires</i>	30 %

— Nombreuses hématies.

— Pas de microbe à l'examen direct.

— Les cultures sont restée stériles.

Un fait curieux que rapporte le malade est à noter dans son observation. Au cours de ses poussées articulaires l'écoulement rectal est quatre à cinq fois moins abondant qu'en temps normal. C'est la seule relation objective qu'il ait remarqué entre sa rectite et ses hydarthroses.

OBSERVATION IV.

Madame Ch..., 37 ans, est atteinte de rectite et de rétrécissement du rectum dont la nature lymphogranulomateuse a été précisée par des réactions de Frei positives à deux reprises. Des soins réguliers lui sont donnés par les procédés habituels. On lui a fait un anus transverse en 1930. Cette malade est considérablement améliorée par cette intervention et quand nous la réexaminons, bien que sa rectite ne soit pas guérie complètement, elle a repris ses occupations; son état général est bon.

Les manifestations articulaires ont débuté progressivement à la suite d'un traumatisme du genou droit en 1926. A cette époque, la malade souffrait déjà de sa rectite, mais suivait un traitement irrégulier. Une hydarthrose capricieuse et récidivante se manifeste au niveau de son genou. Les agents physiques après l'avoir améliorée n'apportèrent aucune guérison définitive. Depuis trois ans, cette personne fait une hydarthrose qui bien qu'elle ne soit pas absolument périodique, (elle peut rester quelques mois sans se manifester) survient toujours un peu avant ses règles et cesse avec celles-ci. Nous avons revu cette malade en Avril 1939, trois jours avant la date de ses règles et elle présentait une hydarthrose. Son genou globuleux avec des méplats effacés, de couleur normale, sans chaleur locale, n'est pas très douloureux. La mobilisation de la jambe est un peu gênée et il existe un choc rotulien net dû à un épanchement synovial de faible importance, ce qui n'empêche pas la malade de se déplacer.

Indépendamment de cette arthrosynovite périodique, à plusieurs reprises, la malade fit des poussées rhumatismales fluxionnaires, **pyrétiq**ues, atteignant différentes articulations, les épaules et les poignets en particulier, qui cédèrent facilement au salicylate de soude. Mais pendant cette cure de salicylate, le genou droit n'en continuait pas moins à être le siège d'hydarthroses.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord elle montre la coexistence possible chez le même malade de deux manifestations articulaires de nature différente, hydarthrose d'une part, le R. A. A. de l'autre. Leurs manifestations et leurs signes cliniques sont différents et on ne saurait les confondre. D'autre part l'effet du salicylate de soude agissant électivement sur le R. A. A. et laissant indifférente l'hydarthrose prouve que l'on a affaire à deux affections évoluant chacune pour

leur propre compte. Enfin il découle de ces faits un enseignement précieux : c'est qu'il faut bien se garder de rapporter à la rectite toutes les manifestations articulaires qui peuvent survenir au cours de cette affection.

ARTHROSES

OBSERVATION V.

Madame T... Raymonde, 24 ans. En Septembre 1935, elle fait une poussée de rhumatisme caractérisée par des douleurs à la mobilisation et un gonflement articulaire. Le coude, les poignets, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce sont prises. Le traitement consiste, à cause d'une gonoréaction faiblement positive, en injections de gonagone et rayons infra-rouges localement. Les douleurs s'atténuent lentement et finissent par permettre à la malade de se lever et de marcher.

Elle est hospitalisée en Juillet 1936 dans un service de chirurgie pour une réfection du périnée. On s'aperçoit alors qu'elle présente un écoulement purulent anal et l'intervention n'a pas lieu.

Le Dr A. LAMBLING l'examine à ce moment; voici le résultat de la rectoscopie : le rectoscope n° 15 est arrêté à 7 cm. par un rétrécissement triangulaire. La muqueuse est rose par endroits, en d'autres, elle présente un aspect cicatriciel et saigne facilement. La réaction de Frei est positive ++. L'examen général ne présente rien de particulier, mais on note la présence de cicatrices inguinales bilatérales. La malade se souvient avoir eu la de petites masses ganglionnaires qui ont suppuré, mais cela avant tout rapport sexuel (?) il y aurait 6 ans.

Le pus rectal est examiné, on trouve en plus des polynucléaires, une flore variée comprenant des bâtonnets et des cocci gram-positifs.

Quelques jours après son arrivée, elle refait une poussée d'arthrite siégeant aux pieds. Les chevilles sont infiltrées

d'un œdème péri-malléolaire et dorsal, œdème violacée, mou, très douloureux avec refroidissement des extrémités. Elle n'a pas de fièvre, on lui donne du salicylate de soude, 4 grammes par jour, ce qui l'améliore lentement. Pour sa rectite on lui fait un traitement classique, Lugol intraveineux, antigène intraveineux.

Le 3 janvier 1937, nouvelle poussée rhumatismale prédominant au coude et au poignet gauches. Reprise du Lugol intraveineux, du salicylate de soude per os, puis de l'antigène intraveineux. Ce dernier provoque une forte réaction générale, mais ne modifie pas sensiblement l'arthrite. Progressivement les phénomènes articulaires ont cédé, mais des déformations des pieds apparaissent. Les orteils sont en marteau des deux côtés et toute tentative de les étendre est douloureuse. De ce fait, la malade ne peut pas poser le pied par terre.

Cet état persiste, avec des périodes d'accalmie, jusqu'au 7 juillet 1937. A cette date apparaît une hydarthrose de moyenne abondance dans le genou droit. La température s'élève aux alentours de 39° et s'y maintient pendant trois jours. Le genou est ponctionné le 15 juillet; on retire un liquide citrin séro-fibrineux.

On a pratiqué un B. W. dans le sang, qui est négatif, ainsi qu'une gonoréaction, négative également. La réaction de Vernes résorcine est à 79. Une radiographie des deux pieds et des deux genoux ne montre aucune lésion articulaire; mais au niveau des os du pied une décalcification notable, surtout à droite.

Les douleurs articulaires s'atténuent. La rectite et le rétrécissement persistant malgré le traitement on décide l'amputation du rectum. Celle-ci est faite en deux temps le 19 et 28 janvier 1938. Bonnes suites opératoires.

Vers la fin Mars, la malade peut se lever, ce qu'elle n'avait pas fait depuis de longs mois, mais les déformations s'accroissent et elle ne peut poser les orteils à terre. Elle fait un séjour à Aix-les-Bains qui ne donne aucune amélioration sensible.

Elle revient à nouveau dans le service pour une fistule, anale, elle continue à faire des poussées articulaires, et ses déformations s'accroissent. Nous la revoyons en Avril 1939. L'examen nous permet d'apprécier l'atteinte des articulations : au genou droit, légères douleurs à la mobilisation, pas de point douloureux, épaississement des tissus péri-articulaires, la mobilisation laisse percevoir au palper et entendre des craquements d'un caractère particulier. Aux pieds les déformations sont très accentuées les orteils sont fléchis en marteau (surtout les trois derniers) et déviés en dedans. A gauche, le pied est rétréci dans son ensemble par une rétraction de l'aponévrose plantaire. Des radiographies pratiquées à cette époque permettent de constater une recalcification osseuse, les interlignes articulaires sont plus nets. Il est à remarquer que les lésions prédominent sur la synoviale et sur les tendons mais n'atteignent pas le squelette, il s'agit plus de périarthrite que d'arthrite.

Nous discuterons ces hydarthroses plus loin.

Maintenant nous allons donner les observations de deux malades qui au cours d'une rectocolite hémorragique ont présenté des phénomènes articulaires de même ordre.

LA RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE ET SES COMPLICATIONS ARTICULAIRES

Les recto-colites constituent une partie importante de la pathologie de l'intestin, certaines réalisent un syndrome dysentérique net qui les distingue des autres, ce sont les colites ulcéreuses. Parmi ces dernières, il en est qui reconnaissent une étiologie précise, c'est le cas de la dysentérie bacillaire, de la dysentérie amibienne et de différentes colites toxiques : urémique (BENSAUDE, LEMIERRE) et mercurielle.

D'autres, malgré les examens de selles répétés, ne peuvent livrer l'énigme de leur étiologie, elles constituent les rectocolites hémorragiques. L'étiologie de ces rectocolites est encore du domaine de l'hypothèse. Car toute rectocolite ulcéreuse qui n'a pas fait ses preuves au point de vue bacillaire ou amibien est versée dans le rang des rectocolites hémorragiques (RACHET).

Ces dernières loin cependant de constituer un groupe hétérocyte d'affections rectocoliques baltardes, présentent une symptomatologie suffisamment homogène pour former une entité nosologique.

On ne peut mieux la caractériser qu'en citant la définition précise proposée par MM. R. BENSAUDE et J. RACHET au congrès des colites de Plombières en

1935. La voici : « Il s'agit d'une maladie grave atteignant le colon, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, se traduisant par un syndrome dysentérique d'allure aiguë ou chronique, d'étiologie probablement infectieuse mais non encore identifiée ».

BARGEN aurait isolé un diplocoque pathogène constant dans cette affection. Ce diplocoque inoculé à des animaux aurait reproduit les lésions intestinales typiques de la maladie. Ces travaux ont été repris par différents auteurs et leurs résultats sont loin d'être concordants.

En réalité on trouve dans le pus de ces rectocolites une flore abondante et très variée où il est difficile d'isoler un germe pathogène. Il semble qu'il s'agit plutôt d'une affection polymicrobienne évoluant sur un terrain spécial prédisposant à cette localisation (carence en vitamines, métabolisme du calcium troublé).

Les essais de traitement par les vitamines : applications locales par lavements huileux riches en facteur A et injections de vitamine C, ont donné d'excellents résultats dans certains cas, mais souvent les lésions n'étaient pas guéries, il s'agissait d'amélioration fonctionnelle. Le traitement chirurgical par la colostomie de dérivation n'a pas donné de résultats suffisamment constants pour imposer aux malades un anus artificiel dont le port, même temporaire est difficilement accepté.

Les rectocolites présentent des complications lo-

cales et générales sur lesquelles nous n'insisterons pas, sauf sur les arthrites. Il nous serait difficile de donner un pourcentage de la fréquence des complications articulaire de cette maladie. Pour BUSH elle serait de l'ordre de 10 % (UDAONDO). GALLARD MONES en parlant de ces arthrites s'exprime ainsi : « c'est un des symptômes qui accompagne le plus souvent la maladie et elles peuvent être le symptôme dominant ».

Par contre, ces dernières sont niées par des auteurs spécialisés dans cette affection. Voici d'ailleurs la conclusion de MM. RACHET et COSTE dans une étude sur la rectocolite hémorragique : « nous ne pouvons suivre ces auteurs dans leurs opinions et en pratique spécialisée tant à l'hôpital qu'en clientèle nous n'en avons jamais observé un cas se compliquant d'arthrite ».

Nous croyons cependant qu'elles existent car nous en rapportons deux observations. Voici les faits, nous les discuterons ensuite.

OBSERVATION VI.

Résumé d'une observation présentée devant la Société de Pédiatrie de Paris, le 15 juin 1937 par MM. WEILL-HALLÉ, A. LAMBLING et Mlle PAPAYONOPOULOS sous le titre : « Syndrome cœliaque frustre et rectocolite hémorragique. »

L'enfant Miltiade P..., 12 ans, né à terme aurait eu une première enfance à peu près normale. Les troubles ont commencé en 1931 alors qu'il avait 6 ans 1/2 par un syndrome colitique aigu avec selles fréquentes, 15, 20 et plus par jour, glaires et fausses membranes. Cette première poussée intestinale dura plusieurs semaines. Jusqu'en 1933 trois nou-

velles poussées à peu près identiques surviennent, la dernière plus sévère (vomissements, rétention d'urine, œdème). Ce syndrome s'accompagne d'hypotrophie et d'infantilisme, à 12 ans il mesure 1 m. 275 et pèse 23 kg. (caractéristique d'un enfant de 9 ans).

Au premier examen on note la présence de troubles intestinaux : 10 selles par jour, jaune brun semi liquides, recouvertes de pus verdâtre et parfois souillées de sang. Leur poids est de 400 à 500 g. elles ne contiennent pas de parasites, et présentent une flore variée banale.

Rectoscopie : muqueuse recouverte d'un pus crémeux qui apparaît après nettoyage, granuleuse, rouge et saignant facilement au contact. Les parois sont souples, le rectoscope s'arrête à 10 cm. par coudure ou rétrécissement.

Une formule sanguine est pratiquée et montre une légère anémie :

— globules rouges	4.300.000
— hémoglobine	80 %
— valeur globulaire	0,96
— globules blancs	12.200

formule :

— Polynucléaires neutro	63 %
— — éosino	2 %
— Monocytes	7 %
— Lymphocytes	28 %

« Depuis l'arrivée en France de notre jeune malade les symptômes majeurs de son état pathologique ne se sont guère modifiés. Cependant nous avons assisté à l'apparition d'une poussée d'hydarthrose du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauches associée à une poussée fébrile oscillant autour de 38°. Actuellement encore, le genou est chaud et distendu, le choc rotulien est net, la marche reste toujours difficile.

En Octobre 1936 une première poussée articulaire serait apparue accompagnée de température et d'une éruption localisée aux membres inférieurs qui aurait été étiquetée en Grèce « érythème noueux » ; depuis lors l'atteinte articu-

laire aurait toujours persistée, plus ou moins marquée, et nous aurions assisté à l'une de ses recrudescences. »

Pratiquée à deux reprises le 27 mars 1937 et le 11 mai 1937 une ponction a permis de retirer du genou gauche au total 50 cc. de liquide séro-fibrineux qui ont été examinés :

1^{re} ponction : 30 cc. de liquide :

— Lymphocytes 64 %

— Polynucléaires 36 %

— Présence de cellules endothéliales et d'hématies.

La coloration du culot de centrifugation ne montre aucun germe.

Encensemements : bouillon, gélose Veillon, et milieux spéciaux.

Les cultures restent stériles.

Inoculation à l'animal : lapin, inoculation intrapéritonéale du culot de centrifugation.

Inoculation négative.

Cobaye : inoculation sous-cutanée et intrapéritonéale.

Inoculation négative.

2^e ponction :

Volume : 20 cc.

Liquide citrin, sanglant.

Même formule que dans la précédente ponction.

L'examen bactériologique du culot de centrifugation ne révèle rien.

Les ensemencements sur les mêmes milieux restent stériles, l'inoculation au lapin et au cobaye pratiquée de la même façon est négative.

OBSERVATION VII.

Monsieur Vany At..., âgé de 43 ans a passé son enfance et son adolescence en proche Orient, où il aurait présenté successivement du typhus exanthématique, une affection typhoïde, du paludisme et des crises de diarrhée sur lesquelles il ne peut donner de précision.

C'est en 1927 qu'apparaît progressivement un état fébrile et dysentérique à la fois. Le nombre des selles s'élève jusqu'à 25 dans les 24 heures et la fièvre, qui dure 3 semaines,

aurait atteint 40°. On aurait constaté à ce moment là du sang dans les selles. Cet état intestinal dure 5 mois.

Un examen parasitologique, pratiqué à Rouen, aurait décelé des amibes et des kystes. Disons tout de suite qu'ultérieurement ces examens resteront toujours négatifs.

Une série d'émétine, pratiquée à cette époque, n'est pas supportée et il semble qu'à la longue, au prix de rechutes, l'état général a été amélioré par la prise de pâte de Ravaut. Un examen endoscopique pratiqué à ce moment, aurait décelé des ulcérations recto-sigmoïdiennes.

En 1934, il se marie et, désirant de débarrasser complètement de son état dysentérique, il consulte un médecin qui supprime la pâte de Ravaut. Il fait, à cette date, une rechute : avec température, présence de sang dans les selles.

On lui fait ultérieurement une série d'émétine en Janvier 1936 et une deuxième série en Avril 1936 (22 injections de 4 ctgr).

En Août 1936, il fait une rechute qui l'oblige à s'aliter pendant un mois. Nouvelle série d'émétine et traitement au Yatréne.

Il est vu, pour la première fois, par le D^r LAMBLING le 24 septembre 1936. A cette date, le malade se plaint de 2 ou 3 selles par jour en bouse de vache, sans aucune douleur abdominale. Le malade est pâle, un peu amaigri. L'examen abdominal, non douloureux, est négatif. La tension est à 11-7.

La rectoscopie montre l'existence d'une inflammation recto-sigmoïdienne : la muqueuse est chagrinée, saigne facilement au contact et présente tout à fait l'aspect des lésions de recto-colites hémorragiques.

Entre 9 et 10 cm., on trouve sur la face antérieure un petit bouquet de végétations polypôides, dont l'examen biopsique, pratiqué à deux reprises, montre qu'il s'agit de polypes inflammatoires associés à une réaction épithéliale banale habituelle au voisinage d'inflammations chroniques (D^r S. DOBKOVITCH).

Des examens d selles, pratiqués le 2 octobre 1936 et le 16 décembre 1936, ne révèle la présence ni d'amibe ni de kyste amibien (Laboratoires BRUNEAU).

Le malade est alors soumis successivement à différentes thérapeutiques : bismuth, injections sous-cutanées de Vitascorbol, à des lavements d'Amibiasine (mal supportés), lavements de Vitamine A, et on assiste, en l'espace de deux mois, à une très grande amélioration. Le nombre des selles diminue, tombe à deux par jour. Le sang disparaît. L'état général s'améliore et, à l'endoscopie, la muqueuse reprend un aspect normal, ne saigne plus au contact, au point que, lors de l'examen du 19 décembre 1936, on hésiterait, à sa vue, à porter un diagnostic de rectite. Le bouquet de végétations, constaté au premier examen, persiste à 9/10 cm. saignant facilement en un point.

Mais dès le mois d'octobre, était survenue une douleur du genou droit et l'examen avait révélé à cette époque une hydarthrose du genou gauche, alors que l'articulation droite, la plus douloureuse, n'était pas infiltrée. Il est traité alors par du salicylate de soude pris par la bouche.

Vers le 20 janvier 1937, survient une rechute des manifestations intestinales avec augmentation du nombre des selles et surtout poussée fébrile, associée à une hydarthrose considérable des 2 genoux, hydarthrose énorme clouant le malade au lit, et associée à quelques algies scapulaires erratiques et une douleur beaucoup plus persistante du manubrium sternal.

Au cours de cette période, la température s'élève jusqu'à 40°, oscille entre 38° et 39° pendant 6 jours et retombe à la normale au bout d'une huitaine.

A la fin de cette poussée, la muqueuse rectale apparaît un peu plus congestive; les polypes inflammatoires sont plus nombreux et plus disséminés.

Deux mois après, fin mars 1937, survient une nouvelle poussée articulaire très douloureuse, avec évolution subfébrile pendant 8 jours entre 37° et 38°.

Une troisième poussée survint au début d'avril ne dépassant guère 38°, mais persistant pendant une dizaine de jours. Parallèlement, l'hydarthrose bilatérale reprend de l'importance et les manifestations intestinales, pus et sang, apparaissent de nouveau beaucoup plus aigües.

Une rectoscopie pratiquée à cette date montre l'existence d'une muqueuse recouverte de pus et de sang, beaucoup plus enflammée qu'au précédent examen.

Un prélèvement des sécrétions purulentes est pratiqué le 26 avril 1937 et les cultures permettent d'isoler un nombre considérable de souches, plus de 80, parmi lesquelles on ne retrouve aucun des germes de la série du bacille dysentérique.

Revu en Mai 1937, amélioration très rapide du syndrome intestinal et des hydarthroses, coïncidant avec les injections de Torantyl et l'Acidol Pepsine.

De Novembre 1937 à Février 1939, il abandonne tout traitement et se porte admirablement. Mais le 20 mars il reprend son traitement car il fait une rechute qui survient le 24, mais dure 4 jours. Température élevée, 39°-40°. 10 selles par jour, et surtout apparition d'une hydarthrose bilatérale.

Reste couché pendant un mois. Le malade est revu par le Dr LAMBLING le 5 juin 1939. Bon aspect général.

Rectoscopie : Les formations polypoïdes de la muqueuse se sont multipliées, plusieurs forment des ponts, fixées à la paroi par leurs extrémités. Dans l'ensemble muqueuse pâle et épaissie, ne saignant pas au contact.

Les genoux sont augmentés de volume et légèrement douloureux à la mobilisation; pas de points douloureux, les muscles cruraux sont partiellement atrophés.

**QUELQUES REMARQUES
SUR LES HYDARTHROSES
APPARAISSANT AU COURS
DE LA RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE
ET DE LA MALADIE DE NICOLAS FAVRE**

Si l'on compare les observations que nous avons présentées, les hydarthroses sont similaires dans les deux affections envisagées :

Leur siège. — C'est en général le genou qui est atteint; il n'y a pas de prédominance spéciale à droite ou à gauche, quelques fois les deux genoux sont touchés alternativement. On note cependant leur apparition au poignet et à l'articulation tibio-tarsienne.

Leur évolution. — Le début se fait assez rapidement et si parfois, ces hydarthroses sont précédées de légères douleurs prémonitoires, le fait n'est pas constant. De durée assez courte, la plupart du temps elles cèdent en moins de dix jours. Pendant cette poussée d'hydarthrose la température s'élève, légèrement pour la maladie de Nicolas FAVRE autour de 38°; atteignant 39° pour la recto-colite hémorragique. Cette température cesse en quelques jours et les douleurs disparaissent avec elle.

Le liquide articulaire. — La ponction ramène un liquide séro-fibrineux dont la composition reste toujours la même, se traduisant dans les deux cas par une formule cytologique mixte comprenant $1/3$ de polynucléaires et $2/3$ de lymphocytes environ.

La recherche des germes pathogènes dans ce liquide est négative. Les cultures sont toujours restées stériles dans les deux affections quel que soit le milieu employé.

Leur traitement. — Rebelles à toutes thérapeutiques même au salicylate de soude, elles guérissent très bien sans traitement spécial par le simple repos.

Ces hydarhroses, pouvant se répéter de nombreuses fois, ne lèsent pas les articulations, les seuls signes qui persistent sont quelques craquements et un épaissement de la synoviale.

Une de nos malades (obs. n° V) a vu ses arthropathies passer à l'état chronique.

Les lésions dans ce cas prédominent sur les parties molles péri-articulaires : synoviale et tendons, mais le squelette n'est pas atteint dans sa forme. Une décalcification des os du pied en est la seule traduction radiologique.

Ces lésions articulaires ne sont pas spécifiques, au point de vue clinique et il est utile d'en discuter l'étiologie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Arthropathies tuberculeuses.

Les trois grandes causes d'arthropathies chroniques qui se présentent actuellement sont la tuberculose, la syphilis, et la gonococcie.

La première sera facilement éliminée dans ses formes aiguës. L'atteinte de la synoviale par le bacille de Koch peut donner lieu à un épanchement dû à une tuberculose miliaire de la séreuse. L'évolution qui se fait rapidement vers l'arthrite fongueuse ne retiendra pas longtemps notre attention. Car nos malades sans immobilisation n'ont aucune tendance à faire des tumeurs blanches.

Nous nous attarderons un peu plus sur les formes chroniques de cette affection en particulier sur l'hydarthrose. Elle se distingue par son début insidieux, son évolution lente et par le caractère du liquide synovial à formule mixte avec prédominance lymphocytaire. Si l'hydarthrose reste le seul témoin de l'atteinte bacillaire de l'articulation, c'est une éventualité rare. Le plus souvent l'évolution se poursuit vers l'arthrite térébrante avec des signes radiologiques de destruction ostéoarticulaire importante.

Comme dans toute atteinte tuberculeuse, il se pro-

duit une réaction ganglionnaire et une fonte musculaire qui manquent chez nos malades.

D'autre part l'atteinte articulaire n'est qu'une localisation de l'imprégnation tuberculeuse de l'économie, et l'examen attentif de tels malades permet d'en retrouver le foyer principal, pulmonaire ou ganglionnaire. Or, dans les observations que nous avons présentées, il s'agit pour la plupart de sujets suivis pendant de longues années qui n'ont jamais présenté d'épisode bacillaire. L'inoculation au cobaye qui malheureusement n'a été pratiquée que chez un seul de nos malades s'est montrée négative. Il n'a pas semblé utile de refaire d'autres inoculations tant ces arthrites présentaient peu de caractères tuberculeux.

Il ne semble pas que l'on doive retenir cette étiologie plus longuement pour les arthropathies que nous exposons ici. On pourra nous objecter cependant, que l'atteinte du tube digestif amène une diminution de la résistance de l'organisme et partant un réveil de petits foyers tuberculeux latents, discrets, que l'examen clinique ne pouvait révéler. Si cette assertion pouvait être soutenue au début de l'évolution de ces arthrites, actuellement, le temps aidant, ces foyers se seraient extériorisés et manifestés cliniquement, or, il n'en a rien été.

Pour terminer nous parlerons du rhumatisme tuberculeux de PONCET qui dans ses manifestations polymorphes se traduit souvent par l'hydarthrose. Mais là encore cette évolution se produit chez des tuberculeux avérés.

Ce rapide exposé de l'arthrite tuberculeuse suffit à indiquer que nous ne retiendrons pas plus longtemps ce diagnostic.

Arthropathies syphilitiques.

Bien plus importante sera la discussion de la syphilis, aussi la reprendrons-nous en détail.

« J'ai la conviction que bon nombre d'hydarthroses chroniques rebelles à tout traitement ne sont autre chose que des synovites syphilitiques » ainsi s'exprimait FOURNIER. Nous n'essaierons pas de les différencier cliniquement d'avec celles que nous rapportons car leurs symptômes sont à peu près identiques. Voyons d'abord les deux malades qui présentaient une syphilis acquise avouée et prouvée sérologiquement.

OBS. III, page 21. — Ce sujet avoue avoir eu la syphilis. Lorsque nous l'avons examiné, son B. W. était négatif. Il a néanmoins suivi un traitement régulier. Or le traitement qui agit habituellement très bien sur ces synovites (FOURNIER), s'il a lors d'une première reprise suspendu l'apparition des hydarthroses pendant 1 an 1/2 il n'en a pas prévenu le retour ultérieur. Bien plus une poussée d'hydarthrose est survenue au cours d'un traitement énergique au cyanure de mercure. D'autre part ces hydarthroses, loin d'être fixes comme dans le cas de la syphilis, sont fugaces.

On n'a retrouvé chez ce malade aucune lésion muqueuse ni viscérale de nature douteuse.

OBS. N° II, page 19. — Le B. W. de ce malade était positif ++ en 1926. Les accidents primaires dataient à cette époque de plus de 2 ans, bien que la notion de chancre soit douteuse. Ses arthropathies ne sont apparues qu'en 1938, époque à laquelle son B. W. était négatif. S'il fallait admettre la nature spécifique de ces hydarthroses, on aurait dû retrouver chez ce malade des stigmates de spécificité de secondaire, ou tertiaire. Or, l'examen complet ne révèle absolument rien qui puisse y faire penser. Pas de leucoplasie (bien qu'une plaque muqueuse suspecte de la commissure labiale ait été observée deux ans auparavant); les réflexes sont normaux, au point de vue oculaire on ne trouve rien de spécial. Notons encore que chez ce malade, comme chez le précédent, la réaction de Vernes au péréthynol est à 0.

A moins de vouloir trouver la syphilis chez tous les sujets qui présentent des syndromes d'étiologie inconnue, il semble difficile d'admettre chez ces deux malades l'étiologie syphilitique de leurs arthrites.

Pour toutes les autres observations, il a été impossible de retrouver les stigmates, même frustres, d'une atteinte syphilitique. Il est admis que la syphilis héréditaire peut donner des arthropathies atypiques. Chez nos malades, nous n'avons pas trouvé les signes classiques de spécificité héréditaire.

Arthrites gonococciques.

Un seul de nos malades (Obs. VI) avoue avoir eu une blennorragie, comme nous l'avons vu, celle-ci

bien traitée, n'a laissé aucune trace. La gonoréaction faiblement positive n'a pas dans ce cas de valeur absolue, car les arthrites gonococciques surviennent au décours de la période aiguë de la maladie, alors qu'elle présente encore une phase sérologique active avec une gonoréaction fortement positive. Indépendamment de cet argument sérologique, la forme clinique n'est pas en sa faveur. La guérison spontanée de ces arthrites est rare, leur évolution se fait le plus souvent vers l'ankylose. Notre malade ne présente aucun signe d'altération articulaire, ce qui suffit à éliminer ce diagnostic. Pour les autres malades, aucun antécédent gonococcique n'a pu être relevé. La malade de l'observation n° V a présenté une gonoréaction faiblement positive lors de sa première crise de rhumatisme, mais depuis cette date aucun signe clinique ou sérologique ne permet de rapporter au gonocoque ses arthropathies.

Nous avons vu les principales causes générales d'arthropathie. Nous passerons maintenant rapidement en revue quelques causes particulières aux maladies que nous étudions.

Le **rhumatisme articulaire aigu** ne peut retenir longtemps notre attention. Sa symptomatologie est trop particulière pour qu'on puisse l'invoquer ici. Absence de fluxion articulaire, présence d'hydarthrose, fixité de la localisation, non influence du salicylate de soude, sont des arguments suffisants pour écarter le diagnostic. Disons encore qu'il n'y a jamais eu de

température persistante ni de complications cardiaques.

Le **traitement stibié** que plusieurs malades ont reçu n'est pas à incriminer. Les arthralgies qu'il provoque sont d'habitude des manifestations polyarticulaires, prenant aussi bien les petites articulations. Arthrites sèches, elles cessent par l'arrêt du traitement et ne donnent jamais d'hydarthrose.

Pour nous résumer, nous en arrivons à cette constatation qu'il n'est pas possible de rattacher ces hydarthroses à une cause définie. D'autre part, plusieurs de ces observations marquent une nette relation entre l'état intestinal et ces réactions articulaires. Cette relation est plus particulièrement notable dans deux observations.

La première, obs. n° II, nous montre un malade dont la constipation de quelques jours déclenche une hydarthrose qui ne fait plus d'apparition depuis que le malade évite de rester plusieurs jours sans se présenter à la selle.

Un autre, obs. n° I, c'est l'exérèse du rectum qui a soulagé définitivement les articulations.

Enfin, c'est la recrudescence des phénomènes articulaires au moment d'une poussée évolutive de la recto-colite hémorragique (selles plus fréquentes, ascension thermique) que l'on note dans nos deux dernières observations.

Nous ne sommes pas les seuls à avoir observé ces phénomènes. Pour la rectite lymphogranulomateuse, MOULONGUET et SALOMON rapportent deux cas de sujets

atteints de rectite et de rétrécissement du rectum qui présentaient des hydarthroses du genou à répétition. On leur fit des séances de dilatation diathermique, un traitement désinfectant, local et un anus iliaque de dérivation; ce qui amena la disparition définitive des hydarthroses sauf, chez une malade qui cessa son traitement et vit son arthrite réapparaître à cette occasion.

SEZARY et Mlle SALEMBIEZ ont publié l'observation d'un malade porteur d'une rectite et d'un rétrécissement lymphogranulomateux chez qui un des genoux était atteint périodiquement d'hydarthrose. Ces auteurs ont prouvé que cette synovite, après toutes les vérifications biologiques (B. W. gonoréaction, tuberculose), ne peut qu'être attribuée à la rectite. L'inoculation au singe a été négative (LEVADITI), mais la réaction de Frei aurait été positive avec un antigène préparé à partir du liquide articulaire.

LES AFFECTIONS INTESTINALES ET LES COMPLICATIONS ARTICULAIRES

Des réactions articulaires ont été signalées dans plusieurs affections intestinales, leur similitude avec celles que nous avons observées dans les deux maladies que nous étudions va nous permettre d'intégrer ces dernières dans le domaine de ce qui est déjà connu et admis.

LES ARTHRITES AU COURS DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

Les réactions articulaires au cours de la dysenterie bacillaire (Shiga, Flexner ou Hiss) se présentent assez fréquemment; c'est une notion classique, HIPPOCRATE l'aurait signalé. Leur fréquence dépasse de beaucoup celle des arthropathies blennorragiques. Elles se présentent sous deux formes : soit pseudo-rhumatisme infectieux (polyarthropathies erratiques se distinguant du R. A. A. par une douleur moins vive, par l'absence de réaction péri-articulaire), soit sous la forme hydarthrosique, mono-articulaire affectant les grandes jointures, genoux, hanches, coudes.

Dans ces derniers cas, la ponction de l'articulation donne issue à un liquide sérofibrineux. A l'examen, il ne présente pas de germe pathogène, l'ensemencement reste stérile.

Sa formule est la suivante :

Lymphocytes	34 %
Polynucléaires	66 % (DEROT).

L'évolution de cette arthrite se fait vers la guérison par la seule immobilisation et le sérum anti-bacillaire spécifique. Le passage à la chronicité est rare, il peut donner lieu à une ankylose.

Il a été signalé en même temps que l'arthrite, la conjonctivite au cours de la dysenterie bacillaire (RIST, CROUZON).

On pourrait voir dans les arthrites que nous signalons dans cette thèse, l'équivalent de ces arthrites dysentériques sous une forme chronique. Leur symptomatologie et leur apparition sont identiques à celles que nous avons rapportées. Mais leur évolution tourne court et elles disparaissent avec la dysenterie sous l'influence du sérum.

S'agit-il dans ces formes hydarthrosiques d'une localisation du ou des bacilles dysentériques ou bien d'une manifestation allergique ? On ne peut les attribuer à une réaction sérique, car elles se produisent en dehors de toute injection de sérum.

AMIBIASE INTESTINALE

Le rhumatisme amibien a été décrit, c'est une affection très rare. Les quelques observations relevées dans la littérature manquent parfois de la confirmation princeps : la présence des amibes dans les selles.

Le malade dont l'observation est rapportée par MM. CHIRAY, STOPPEL et CAUVIN, aurait présenté des crises rhumatismales pauciarticulaires à évolution subaiguë. La nature de ces arthropathies, malgré les examens répétés reste inconnue. On ne peut suspecter ni la tuberculose, ni la syphilis. Les cures à Aix-les-Bains agissent d'une façon sédative, mais n'ont aucune action curatrice. L'examen bucco-pharyngé ne révèle aucun foyer de suppuration (amygdales, rhinopharynx, dents).

Il est soumis aux sels d'or, au rubiazol, au traitement désensibilisant, sans aucune amélioration. Ayant eu une dysentérie de nature indéterminée au Maroc, on pratique un examen de selles qui ne révèle ni kyste, ni amibe. Mais les selles sont molles et il existe de légers troubles colitiques. Le foie et la rate sont gros.

On commence un traitement à l'émétine. La première injection détermine une forte réaction fébrile, 39°6 avec apparition d'une hydarthrose au genou

gauche. Ce réveil des poussées inflammatoires persiste pendant la durée du premier traitement. On alterne ensuite l'émétine avec l'iodoxyquinoléine. Pendant 6 mois la guérison des arthrites est maintenue sauf pendant une suspension du traitement.

Les auteurs croient que ce rhumatisme était dû à une amibiase chronique, étant donnés les antécédents et la bonne influence du traitement spécifique.

KOFOÏD et SWEZY auraient trouvé des amibes dans une articulation, mais c'est la seule observation connue.

HILLERET pense que dans ces rhumatismes il s'agit d'une réaction allergique survenant dans un organisme sensibilisé à l'amibiase.

SYNDROME ENTERO-RENAL ET ARTHRITES

M. HEITZ-BOYER dans une auto-observation qu'il a rapportée, expose un cas de syndrome entéro-rénal (à entérocoque ?) s'accompagnant d'arthropathies multiples et fugaces au début qui se localisèrent ensuite au genou. Cette articulation est bientôt le siège d'une hydarthrose très importante qui ponctionnée donne issue à un liquide séro-fibrineux ne contenant pas de germe pathogène. Par le traitement le syndrome entéro-rénal s'atténue et disparaît, l'arthrite tarde un peu à guérir.

Mais tout écart de régime reproduira une reprise de l'infection urinaire et de l'hydarthrose. Cette sensibilisation de la muqueuse intestinale est curieuse. L'interprétation de ces faits se heurte à beaucoup de difficultés, mais ils sont très proches de ceux sur lesquels nous insistons dans cette thèse.

Ces différentes considérations nous amènent à entrevoir une étiologie nouvelle que nous allons exposer.

L'ALLERGIE
ET LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES
OBSERVEES AU COURS
DES AFFECTIONS RECTO-COLIQUES CHRONIQUES
OU SUBAIGUES

La théorie « focale » venue d'Outre-Atlantique considère qu'un processus pathologique infectieux situé en un point circonscrit de l'organisme peut donner lieu à des réactions à distance, notamment dans les articulations.

Ces foyers généralement de nature bactérienne, siègent principalement dans les amygdales (cryptiques) ou à l'appex des dents dévitalisées. Ils peuvent siéger encore dans toute la partie supérieure du carrefour aéro-digestif.

Les foyers dentaires seraient considérés comme responsables, d'après les auteurs américains, de 60 % des rhumatismes chroniques. Ces foyers microbiens situés dans une région richement vascularisée et brassée par la mastication, pourraient être considérés comme des réservoirs à bactéries qui déverseraient constamment dans la circulation des germes pathogènes ou leur produits de désintégration.

Si cette théorie est séduisante par la simplification qu'elle apporte dans la genèse du rhumatisme chro-

nique, on a eu tort de vouloir la généraliser. En effet, si les auteurs américains sont d'accord pour donner une origine bactérienne à ces rhumatismes, ils ne le sont plus lorsqu'il s'agit de déterminer exactement le germe en cause. Tous les streptocoques ont été incriminés. Mais le prélèvement se faisant dans les cavités naturelles, il est évidemment difficile d'en affirmer la provenance, il s'agit peut-être de microbes de contamination.

Les auteurs américains ont finalement isolé deux streptocoques : st. viridans, st. hémolytique. Mais on les a signalés comme responsables de beaucoup d'affections autres que le rhumatisme : endocardite maligne, arthroses, iritis, et appendicite (KLINGE, BRAUN BERGER).

Les statistiques anglaises font ressortir que depuis que l'on pratique l'avulsion systématique des dents suspectes et des amygdales pathologiques, les cas de rhumatisme chronique n'ont que très peu diminué.

En considérant la nature infectieuse du rhumatisme chronique, on peut admettre que l'articulation sensibilisée par une première atteinte réagit par allergie à une seconde affection minime survenant en un autre point de l'organisme (LAUBRY).

KLINGE pense que les lésions anatomiques du rhumatisme chronique ne sont pas spécifiques et qu'elles peuvent être produites par une sensibilisation spéciale aux albumines étrangères. Si on injecte au lapin une première dose de sérum de cheval (injection préparante) et qu'on lui fasse une seconde injection

(déclenchante) de ce même sérum; intra ou extra-articulaire, on obtient des lésions de 3 types :

1° réaction inflammatoire intense avec liquide articulaire séro-purulent,

2° réaction de type subaigu avec apparition de nodules d'Aschoff péri-articulaires,

3° arthrites à type chronique.

On peut rapprocher ces manifestations de la réaction sérique survenant chez des malades sensibilisés par une injection antérieure de sérum thérapeutique quelconque. Mais il est fréquent de voir des malades faire une réaction sérique dès la première injection de sérum. On ne peut alors parler de sensibilisation acquise, il faut supposer qu'elle s'est faite spontanément.

Nous avons insisté plus particulièrement sur ces notions d'allergie, car ce serait une façon d'interpréter les phénomènes articulaires que nous avons observés.

Deux interprétations peuvent être données. Ou bien il s'agit d'arthrites spécifiques dûes au virus causal de l'affection intestinale, ou bien il faut considérer la rectite comme un « focus » qui déclencherait à distance des réactions articulaires.

La première façon de voir se défend parfaitement. La notion d'hydarthroses infectieuses dysentérique bacillaire, ou à entérocoque, dans lesquelles on ne trouve pas de germe pathogène, doit nous inciter à

ne pas conclure que l'absence de germe pathogène écarte le diagnostic de localisation articulaire spécifique. D'ailleurs on sait que toutes les séreuses réagissent de la même façon et qu'il est rare de déceler le bacille tuberculeux ou le gonocoque dans les liquides articulaires.

Mais on peut aussi interpréter ces phénomènes comme des réactions allergiques. Ils en ont quelques caractères, ne serait-ce que leur évolution qui suit celle de la rectite et la faible atteinte de l'état général.

Mais la preuve n'est pas encore faite et nous sommes toujours dans le domaine mouvant de l'hypothèse. Il semble qu'au niveau de l'ulcération intestinale il y ait une porte d'entrée; à quoi livre-t-elle passage ? à l'agent pathogène, à ses toxines, ou aux produits de désintégration tissulaires, dans l'état actuel des choses il est prématuré d'entreprendre cette discussion (BRAUNBERGER).

CONCLUSIONS

1° La rectocolite hémorragique et la rectite lymphogranulomateuse au cours de leur longue évolution, peuvent donner lieu à des phénomènes articulaires. Ceux-ci en général hydarthrosiques se répètent sans provoquer de lésions articulaires graves.

2° Si l'on rapproche ces constatations de ce que l'on connaît sur le rhumatisme dysentérique et le rhumatisme amibien, celui-ci plus discutable, il vient à l'esprit, étant donné la similitude des réactions articulaires, d'en rechercher la cause dans la localisation de l'infection plus que dans la nature de l'infection elle-même.

3° Ces arthrites pourraient être considérées comme des réactions allergiques dont l'élément sensibilisant siègerait au niveau du foyer de rectite. Mais cette pathogénie est encore du domaine de l'hypothèse et nécessite une confirmation avant que d'être admise.

Vu : Le Président de Thèse,
LEMIERRE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUGIER (P.). — La Polypose recto-colique. *Thèse Paris*, 1932.
2. BAUMEL (J.). — Amibiase chronique intestinale. *Arch. des mal. de l'app. digestif*. Tome XXVII, n° 8, Oct. 1937, page 833.
3. BENSAUDE (R.), LAMBLING (A.). — Considérations sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement des rectites pré-sténosantes et des rétrécissements inflammatoires du rectum. *Extrait des C. R. du 43^e Congrès de Chirurgie*, 1934.
4. BERNARD (L.) et LAMY. — Arthropathies chroniques de type déformant au cours de la dilatation des bronches. *Ann. med.*, tome XXXII, n° 4, Nov. 1932, p. 289.
5. BRULÉ (M.), HILLEMAND (P.) et GAUBE. — Hippocratisme digital et amibiase intestinale. *Bull. S. M. H.*, n° 2, 25 janv. 1937, p. 55.
6. CARNOT (P.) et GAEHLINGER (H.). — Localisations intestinales et extra-intestinales de l'amibiase. *Paris Médical*, n° 1, 3 av. 1937, p. 281-294.
7. CARRASCO (F.). — Maladie de N. F. avec arthrite de la hanche. *Bull. Soc. Fr. dermat. et syph.*, n° 8, Nov. 1935.
8. CHIRAY, STOPPEL et CAUVIN. — Un cas de rhumatisme subaigu du type infectieux guéri par le traitement anti-amibien. Contribution à l'étude du rhumatisme amibien. *Bull. S. M. H.*, n° 19, 27 mai 1938, p. 908.
9. CORDIER. — Le rhumatisme dentaire, ses deux variétés. *Thèse Paris*, 1926.
10. COSTE (F.). — Pseudo-rhumatisme infectieux. *Rev. Gen. Clin. Thera.*, n° 16, Nov. 1932, p. 753-757.
11. COSTE (F.) et FORESTIER. — Le tube digestif chez les

- rhumatisants chroniques. *Nutrition*, Tome II, n° 2, 1932, p. 187.
12. COSTE (F.), FORESTIER et LACAPÈRE. — Rhumatisme chronique. *P. M.*, 21 mars-2 mai, 1931
13. DAVIS (E.-C.). — Arthrite d'origine ano-rectale. *Med. World*, n° 48, Juin 1930, p. 223-226.
14. DÉROT (M.). — Rhumatisme dysentérique. *Gaz. Med. de France*, n° 2, 15 janv. 1930, p. 50-53.
15. DESCHIENS. — Sur les localisations extra-intestinales de l'amibiase. *P. M.*, n° 36, 6 mai 1931, p. 654.
16. DICKSON (W.-H.). — Colonic changes in chronic arthritis. *Ann. Int. Med.*, n° 5, Oct. 1931, p. 408-416.
17. FAURE (M.). — Rôle de l'infection du tube digestif dans l'étiologie du rhumatisme. *Gaz. des Hôp.* n° 105, 28 déc. 1932, p. 1937-1938.
18. FAVRE (M.), MICHEL et DANIC (P.). — Arthrite aiguë de la hanche. Discussion de la nature lymphogranulomateuse de celle-ci. *Bull. Réun. Derm. Lyon*, Avr. 1938, p. 501.
19. FISHBAUGH (E.-C.). — Colon, in relation to chronic arthritis. *Tr. of Am. gastro-enterol. Ac.*, n° 32, 1930, p. 561-567.
20. FLETCHER et GRAHAM. — Troubles coliques et rhumatisme chronique. *Tr. A. M. Physician*, n° 44, 1929, p. 231-237.
21. FRAUCHIGEN (E.). — Polyarthrite dans la maladie de N.-F. *Schweiz. Med. Wch.*, n° 18, Nov. 1933, p. 1207-1208.
22. GUTMAN (J.). — Arthritis and colothérapie. *Arch. phys. thérap.*, n° 16, aMrs 1935, p. 162-170.
23. HAYASHI (A.). — Inflammation of joint complicated with dysentery. *J. Orient. Med.*, n° 13, 23 août 1930.
24. HEITZ-BOYER. — Rhumatisme et ostéo-arthrite d'origine intestinale, forme articulaire du syndrome entéro-rénal. *Bull. Soc. Nat. Chirurgie*, n° 56, Nov. 1930, p. 1299-1314.
25. HENCH (P.-S.). — Revue de la littérature anglaise et américaine pour 1935, sur le rhumatisme. *Ann. Int. Med.*, n° 10, Déc. 1936, p. 754-909.

26. HILLERET. — Manifestations rhumatismales séquelles de la dysenterie amibienne. *Revue du rhumatisme*, 3 juillet 1936, p. 579.
27. HISSARD et LECHEVALLIER. — Maladie de N. F., adénopathie inguino-abdominale et arthrite de la hanche et du genou. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 7, 9 juil. 1936, p. 1524-1529.
28. JUDD (E.-S.) et HENCH (P.-S.). — Coexistence of infectious chronic arthritis and cholecystitis; results of cholecystectomy in 59 cases. *Boll. Assoc. Med. de Puerto-Rico*, n° 24, Nov. 1932, p. 557-572.
29. LAMBLING (A.). — Les localisations rectales de la maladie de N. F. Considérations pratiques. *Rev. Méd. Française*, n° 6, Juin 1937, p. .
30. LAYANI. — Phénomènes rhumatismaux aigus en chimiothérapie. *Sem. des Hôp. Paris*, n° 12, 15 déc. 1936, p. 597-606.
31. LEMIERRE et LEVESQUE. — Hippocratisme digital et amibiase intestinale. *Bull. S. M. H.*, n° 4, 29 janv. 1932, p. 154.
32. LENOIR (P.) et LIÈGE (R.). — Contribution à l'étude des pseudo-rhumatismes infectieux primitifs. *Ann. de Méd.*, Févr. 1929, n° 25, p. 140-145.
33. MAIRE et MELNOTTE. — Complications oculo-articulaires de la dysenterie bacillaire. *Bull. Mens. de la Soc. Méd. Mil.*, n° 23, 1929, p. 215-225.
34. MOULONGUET et SAKOMON. — Rétrécissement inflammatoire du rectum, hippocratisme digital et rhumatisme infectieux. *P. M.*, n° 66, 17 août 1932, p. 1269.
35. NIEL. — Etude clinique et thérapeutique de quelques rhumatismes chroniques. *Thèse Paris*, 1925.
36. ORY. — Polyarthrite déformante et diverticule de l'œsophage. *Ann. of Med. Phys.*, n° 28, 1935, p. 132-135.
37. PARTURIER (S.) et PARLIER (R.). — Le rhumatisme biliaire. *Vie Médicale*, n° 14, 25 mai 1933, p. 317-323.
38. RACHET (J.) et ARNOUS (A.). — Etude clinique et thérapeutique des recto-colites ulcéro-hémorragiques. *J. de Méd. et Chir. prat.*, 1937, p. 341-358.

39. RACHET (J.) et COSTE (J.). — Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. *Rev. de Méd. de Paris*, n° 1937, p. 353-391.
40. RASCHEWSKAJA (A.). — Aspects cliniques des polyarthrites intestinales, facteurs allergiques et infectieux de leur pathogénie. *Deutches Arch. fur Klin. Med.*, n° 178, 1935, p. 136-148.
41. RIST. — Arthropathies et conjonctivites dysentériques. *Bull. S. M. H.*, 1916, p. 1762.
42. ROULLET. — Un cas d'hydarthrose périodique du genou. Possibilité de traitement pyrétothérapique. *Bull. S. M. H.*, 4 novembre 1938, p.
43. SESARY et Mlle SALEMBIEZ. — Hydarthrose récidivante et maladie de N. F. *Bull. Soc. Franç. Derma. et Syph.*, 12 nov. 1936, p.
44. TIEMANN. — Polyarthrite rhumatismale d'origine intestinale. *Ztschr. fur Klin. Med.*, n° 122, 1932, p. 724-735.
45. TRAUT (E.-F.). — Rôle des intestins dans le rhumatisme chronique. *Ann. Int. Méd.*, n° 6, Janv. 1933, p. 913-920.
46. VALERIO (A.). — Toxémie intestinale et rhumatisme. *Acta Rheumatologica*, Dec. 1933, n° 5, p. 5-6.
47. WEIL (M.-P.) et MARANON (G.). — Polyarthrite infectieuse et diverticule œsophagien. *Nutrition* t. 2, n° 2, 1932, p. 161.
48. WEISSENBAACH (R.-J.). — Rhumatisme chronique et appareil digestif. *Nutrition*, t. 2, n° 2, 1932, p. 113.
49. WEISSENBAACH (R.-J.) et BOUVENS. — Maladie de N. F. et maladie de Bouillaud. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, Déc. 1937, p. 2011.

